



Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CUIDAR A ANSIEDADE

**Cuidados de enfermagem especializados que minimizam
a ansiedade da mulher em trabalho de parto**

Carla Alexandra Garcês Cotrim Rosa

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CUIDAR A ANSIEDADE

**Cuidados de enfermagem especializados que minimizam
a ansiedade da mulher em trabalho de parto**

Carla Alexandra Garcês Cotrim Rosa

Relatório de Estágio orientado por

Professora Maria Teresa Félix

2011



RESUMO

O presente relatório pretende fazer uma descrição e análise crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas no meu percurso de estágio em contexto de sala de partos, durante o meu processo de formação do Curso de Mestrado em enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia.

Todo o percurso de formação foi orientado para a temática da ansiedade no trabalho de parto, tendo assim este relatório como tema principal “Cuidados de Enfermagem que minimizam a ansiedade da mulher em trabalho de parto”.

A maternidade é um dos períodos mais importantes no ciclo de vida da mulher, constituindo um período caracterizado por inúmeras transformações, não só físicas, psicológicas e sociais.

O modo como a mulher vive a sua gravidez e a forma como projecta o parto é muitas vezes acompanhado por níveis variáveis de ansiedade que podem afectar a sua saúde e a do feto e que em alguns casos esta ansiedade pode ser prevenida ou pelo menos substancialmente reduzida, considere importante conhecer, compreender e actuar nesse fenómeno.

Através da revisão sistematizada da literatura e das notas de campo resultantes da observação participante e recolhidas durante a interacção com as parturientes, identifiquei os principais factores desencadeantes da ansiedade da grávida em trabalho de parto, bem como os cuidados de enfermagem especializados que minimizam essa ansiedade, suportados pela pesquisa efectuada.

Como referencial teórico, utilizei os pressupostos teóricos da teoria do cuidar de médio alcance de Kristin Swanson em que a pessoa é vista como um ser único, indissociável do seu universo e que está em relação com o seu ambiente ou com o seu meio envolvente. Nesta perspectiva a enfermeira coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, respeitando o seu ritmo e o caminho que ela própria escolheu, assegurando o bem-estar materno-fetal e do recém-nascido. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados.

Palavras-chave: ansiedade, trabalho de parto e cuidados de enfermagem especializados.

SUMMARY

This report aims to describe, through critical and reflective analysis, the various activities carried out during my internship whilst studying in the context of the delivery room for my Masters in Maternal & Obstetric Nursing Health.

The basis of my study is orientated around the theme of anxiety during labour and is entitled “Nursing Care – The minimization of anxiety and effort during labour”.

Motherhood is one of the most important periods in the cycle of a woman’s life involving huge physical, psychological and social changes.

A woman’s life style during her pregnancy, and the way in which she visualizes the birth, both impact on her levels of anxiety during labour and can affect the health of the mother and the unborn fetus. In some instances this anxiety can be prevented, or at least substantially reduced. I therefore believe that it is important to recognize, understand and respond to this phenomenon.

Through a systematic review of relevant literature, supplemented by notes taken from participated observations of women during labour, I was able to identify the principal triggers at work in the increase of anxiety on the part of the mother during the labour process and how specialized nursing care can materially minimize this, supported by research conducted.

As a basis for technical reference I used the theoretical supposition of care theory put forward by Kristin Swanson in which she describes the person as seen as a unique, indivisible from their environment and personal experience.

Adhering to this perspective, the nurse places at the mother’s disposal all her healthcare experience, whilst at the same time respecting the mother’s own rhythm and personal choices throughout the labour process, ensuring the well being of the maternal-fetal and newborn. A nurse and mother can therefore become partners in providing individualized specialized care.

Key Words: anxiety, labour, specialized nursing care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
-----------------	---

ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
----------------------------	----

ANSIEDADE	14
TRABALHO DE PARTO.....	17
CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO	18

METODOLOGIA	22
-------------------	----

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	22
NOTAS DE CAMPO.....	25
ANÁLISE DO CONTEUDO DAS NOTAS DE CAMPO.....	27

PRINCIPIOS ÉTICOS	28
-------------------------	----

ANÁLISE E DISCUSSÃO	30
---------------------------	----

LIMITAÇÕES DO PERCURSO/ RELATÓRIO	57
---	----

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	58
--	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
----------------------------------	----

ANEXOS

ANEXO I- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	
ANEXO II- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIFES (ICM)	
ANEXO III- AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO ENSINO CLÍNICO IV	

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROJECTO EC IV	
APÊNDICE II-1º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM	
APÊNDICE III-2º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM	
APÊNDICE IV- 3º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM	

APÊNDICE V- NORMA DE PROCEDIMENTO - TRIAGEM DA GRÁVIDA NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

APÊNDICE VI- QUADRO ESTUDOS REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

APÊNDICE VII- NOTAS DE CAMPO

APÊNDICE VIII- QUADROS DA CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, como trabalho final da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Constitui um documento onde pretendo através de um processo de reflexão crítica evidenciar, fundamentar e justificar o percurso desenvolvido no estágio que é realizado neste curso de especialização.

Neste sentido, o presente relatório tem como objectivos principais:

- Dar a conhecer o percurso efectuado;
- Enunciar e justificar as actividades de estágio realizadas, de uma forma crítica e reflexiva;
- Reflectir sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso de estágio;
- Permitir uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido na sua globalidade.

Este estágio decorreu no Bloco de partos do Hospital de São Francisco Xavier com início a 17 de Janeiro e terminos a 01 de Julho de 2011.

Para a elaboração deste percurso foi utilizada a metodologia de projecto (APÊNDICE I). Esta marcou o início de um percurso que pressupôs um novo conceito de aprendizagem onde me considero um agente dinâmico, criador e susceptível de construir o meu processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Foi uma metodologia que se aplicou num processo contínuo e interactivo, que apelou à organização e que exigiu da minha parte uma adaptação permanente à realidade durante o meu percurso de estágio. Este tipo de metodologia constitui uma mais-valia no processo ensino-aprendizagem.

O início deste processo realizou-se, assim, com a elaboração de um projecto individual onde foi definida a problemática que me envolveram ao longo de todo o meu percurso de estágio.

Tendo em conta a legislação da formação de parteiras e as Competências Específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica publicadas no Diário da Republica, 2º Série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, intitulado Regulamento nº 127/2011 (ANEXO I) bem como as competências definidas pela International Confederation of Midwives (ANEXO II) e de acordo com o preconizado no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, defini como objectivos específicos para este Ensino Clínico :

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávidas/ parturiente durante a triagem na Urgência Obstétrica em situação de trabalho de parto.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/ parturiente durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, promotoras do bem-estar materno-fetal, que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida / parturiente durante o período pré-natal.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação/optimização à vida extra uterina.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam identificar os factores desencadeantes da ansiedade da grávida em trabalho de parto.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam prestar de cuidados de enfermagem especializados que minimizem a ansiedade da grávida em trabalho de parto.

A maternidade é um dos momentos mais importantes no ciclo de vida da mulher. De acordo com COLMAN e COLMAN (1994) universalmente as mulheres grávidas vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico. Logo, a gravidez deve integrar-se na vida da mulher como um acontecimento feliz e não como uma má recordação (VELLAY, 1995).

A gravidez é também um período caracterizado por inúmeras transformações, exigindo uma adaptação constante a uma nova realidade. A gravidez constitui um período crítico durante o qual a grávida se torna mais sensível e vulnerável, apresentando períodos de ansiedade variáveis ao longo deste tempo, e que podem afectar a sua própria saúde e a do feto.

Reconhecendo que o modo como a grávida vive a sua gravidez e a forma como projecta o parto, tem repercussões significativas na saúde do feto e que em alguns casos esta ansiedade pode ser prevenida ou pelo menos substancialmente reduzida, considere importante conhecer, compreender e actuar nesse fenómeno. Foi aqui, neste contexto que incidiu a minha preocupação em prestar cuidados de enfermagem especializados que minimizem a ansiedade da mulher em trabalho de parto, de modo a contribuir positivamente a sua experiência de parto.

Delineei como questão de partida: **Quais os cuidados de enfermagem especializados que minimizam a ansiedade de grávida em trabalho de parto.**

P- Grávidas em trabalho de parto

I - Cuidados de enfermagem especializados

O- minimizar a ansiedade

Para melhor compreender esta temática utilizei a revisão sistematizada da literatura e fiz uma análise e reflexão sobre a mesma, de acordo com a evidência científica. Defini alguns conceitos/palavras-chave que descreverei no

capítulo seguinte: Ansiedade, trabalho de parto e cuidados de enfermagem especializados.

Utilizei como referencial orientador da minha prática os pressupostos da teoria de cuidar de SWANSON (1991), em que a pessoa é vista como um ser único, indissociável do seu universo e que está em relação com o seu ambiente ou com o seu meio envolvente. Nesta perspectiva a enfermeira coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, respeitando o seu ritmo e o caminho que ela própria escolheu. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados.

Para SWANSON (1991), *o cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com o qual nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis* e assenta em cinco pressupostos ou categorias que se inter-relacionam umas com as outras, são elas: Conhecer; Estar com; Fazer por; Possibilitar e Manter a crença.

Do ponto de vista estrutural, o presente relatório é composto por três partes: a primeira corresponde à fundamentação da temática que acompanhou o meu percurso de estágio, seguida da análise crítica das actividades e competências desenvolvidas face aos objectivos delineados neste ensino clínico que corresponde à segunda parte deste relatório, e por último a conclusão onde é feita uma reflexão global conclusiva de todo o percurso realizado, mencionadas as limitações e sugestões para a prática dos cuidados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A maternidade é um acontecimento na vida de uma mulher extremamente valorizado na nossa sociedade, sendo-lhe atribuído um enorme significado - a capacidade de fecundar e conceber.

Segundo PETERSON (1996), o parto é uma experiência tão marcante, que os acontecimentos e sentimentos vivenciados nesta altura vão ser lembrados até aos mínimos detalhes. Este acontecimento tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, expectativa e, devido à sua intensidade, podem até fazer com que a própria identidade da mulher mude.

Para poder fundamentar e contextualizar o problema identificado senti a necessidade de realizar uma pesquisa teórica mais aprofundada sobre os conceitos que constituem as palavras-chave; ansiedade, trabalho de parto e cuidados de enfermagem especializados.

A gravidez tem a duração de nove meses, 10 meses lunares, ou aproximadamente 40 semanas e divide-se em três grandes períodos ou trimestres. O primeiro trimestre vai desde a primeira semana até à 13ª semana; o segundo da 14ª semana até à 26 semana ; o terceiro desde a 27ª semana até ao fim da gestação (38ª/40ª semana). (BOBAK et al 1999).

Pode reconhecer-se este momento como um período de profundas transformações, existindo autores como COLMAN e COLMAN (1994) que o consideram como uma crise; esta representa um ponto essencial do crescimento e da integração maturativa da mulher, embora varie de mulher para mulher de acordo com a sua personalidade.

A gravidez não é apenas o momento da concepção, é muito mais do que isso: é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento que permite uma preparação para ser mãe (CANAVARRO, 2006).

A gravidez acarreta alterações fisiológicas e psicológicas na mulher, essas alterações são necessárias para que a gravidez se desenvolva normalmente. Sendo assim, durante aproximadamente 40 semanas, a grávida passa por alterações fisiológicas, bioquímicas e anatómicas que têm como finalidade a adaptação, a manutenção e o desenvolvimento da gravidez (BARROS, 2006).

Cada gravidez é única e a mulher reage de forma diferente e muito própria ao desenrolar destes acontecimentos. Para as mulheres, a gravidez não é apenas um acontecimento físico, passa também por um acontecimento psicológico. Desta forma, a realidade psicológica não é tão linear como os acontecimentos fisiológicos. É fácil saber quando o coração do feto “vai bater”, mas não conseguimos saber o que a grávida está a pensar e a sentir sobre determinado assunto (COLMAN & COLMAN, 1994).

Ainda segundo COLMAN & COLMAN (1994) a mulher ao longo da gravidez vai ter grandes oscilações do seu estado emocional. Estas alterações vão depender da personalidade da mulher, do tipo de estímulos a que estão sujeitas ao longo da gravidez e da qualidade de apoio que recebem nesta fase. O facto de a gravidez constituir uma situação crítica na vida de uma mulher, implicando naturalmente uma maior vulnerabilidade, justifica também a presença, normal, de um certo grau de ansiedade.

O primeiro trimestre de gravidez é visto como um período de adaptação, marcado por um grande desequilíbrio em todos os planos, sendo de referir a sonolência, um maior ou menor grau de fadiga, náuseas e vômitos.

Segundo SOIFER (1992) o aumento do sono corresponde a uma defesa do organismo. A insónia neste contexto de gravidez é vista, segundo a mesma autora, como uma expressão de situação extrema de ansiedade.

O segundo trimestre é encarado como o mais estável a nível emocional, onde muitas das causas da ansiedade já estão ultrapassadas. O fenómeno central deste período é a percepção dos movimentos fetais, pois é a primeira vez que a mulher sente o feto como um ser independente dela. (MALDONADO, 1997).

No terceiro trimestre, segundo MALDONADO (1997), a ansiedade da mulher tende a elevar-se, devido à proximidade do parto e da mudança que o bebé vai trazer na sua vida. Os medos mais comuns que a grávida sente nesta altura são: o medo de morrer no parto, da dor, de ficar com os órgãos genitais deformados, de não ter leite suficiente ou de este ser fraco, o medo de ter um filho com alguma deficiência física, o medo de ter de alterar a sua rotina devido ao nascimento do bebé, o medo de um parto traumático e até o medo da morte do bebé.

Segundo BRAZELTON (1981) grande parte da ansiedade da grávida está relacionada com as distorções e fantasias maternas, sendo estes mecanismos saudáveis ao reajustamento a esta nova condição e a um novo equilíbrio psicológico face a este novo papel.

Os enfermeiros especialistas mantêm uma relação privilegiada com a mulher ao longo de todo o ciclo gravídico, pelo que se torna particularmente importante conhecerem os processos desencadeantes da ansiedade da mulher durante a gravidez e o trabalho de parto para que possam contribuir para a sua diminuição através do planeamento de intervenções adequadas a cada situação.

Ansiedade

Segundo VAZ SERRA (1980, p.97) *a ansiedade é um conjunto complexo de emoções, sendo a emoção mais dominante o medo. O mesmo autor (1980, p.95) refere que ...medo consiste numa reacção de defesa...frente a um objecto presente, enquanto que vago, incerto, misterioso e lancinante, podendo este ...manifestar-se de uma maneira multiforme.*

Como já foi referido anteriormente, durante o trabalho de parto a parturiente manifesta-se mais ou menos ansiosa. É o confronto entre o imaginário e o real que se aproximam, as expectativas, a inexperiência ou experiência anterior, o significado que este filho tem para si, o ter de passar pelo trabalho de parto, etc.

Ansiedade diz respeito assim, ao processamento selectivo da informação por parte do sujeito que a interpreta como uma ameaça ou perigo ao seu bem-estar e à sua segurança (GRAZIANI, 2005).

Cada ser humano tem a sua forma própria de expressar a ansiedade. Sendo esta uma reacção emocional pouco controlável por parte do indivíduo, pode manifestar-se em forma de incomodidade mental, de reacções corporais e de mudanças no comportamento.

Segundo VARELA (2006) durante um estado de ansiedade é frequente a pessoa sentir: sensação de insegurança, apreensão, preocupação, sentimento de inferioridade, incapacidade de tomar decisões, incapacidade de se concentrar, confusão, desorientação, etc...e como resposta fisiológica podemos ter: palpitações, taquicardia, elevação da tensão arterial, acessos de calor, sufoco, tensão muscular, tremores, sensação de fadiga, sudação, secura da boca, náuseas, vômitos...A mulher grávida torna-se desta forma uma “utente especial” que transporta uma grande carga emocional, visto que se

encontra a vivenciar uma experiência, que não conhece o seu desenvolvimento e o seu desfecho.

Segundo HOLMES (1997) o estado de ansiedade pode manifestar-se por níveis ou graus de intensidade; ligeira, moderada, grave e de pânico. Cada uma delas apresenta manifestações diferentes que variam em intensidade e têm uma incidência sobre as respostas da pessoa, nas suas diferentes dimensões (fisiológica, cognitiva e comportamental).

Nível de ansiedade ligeira - caracteriza-se principalmente por um estado de alerta em que a percepção e alteração da pessoa estão implícitas. No entanto, a pessoa conserva a capacidade para resolver situações problemáticas. A nível fisiológico pode provocar insónias, sensação de mau estar e esgotamento físico.

Nível de ansiedade moderada – provoca uma diminuição da atenção, da percepção, da capacidade para analisar a realidade de forma objectiva e dificuldade de concentração. Fisiologicamente manifesta-se através de um aumento da frequência cardíaca e respiratória, podendo surgir tremor.

Nível de ansiedade grave – caracteriza-se, principalmente, pela incapacidade da pessoa para se concentrar e por uma percepção muito reduzida da realidade. A nível fisiológico a pessoa pode apresentar taquicardia, cefaleias e náuseas.

Pânico – caracteriza-se por uma percepção distorcida da realidade com incapacidade de comunicar ou actuar. A pessoa é incapaz de se concentrar ou aprender. As manifestações fisiológicas provocam fortes alterações no equilíbrio orgânico (vómitos, agitação psicomotora, etc.). Neste nível de ansiedade a pessoa perde o controlo sobre si mesma e sobre o meio, necessitando de ajuda profissional.

Ainda de acordo com o mesmo autor consideram-se classicamente três componentes sintomáticas no sistema ansioso;

A componente psíquica ou cognitivo-afectiva, é de natureza subjectiva, e geralmente traduzida pela descrição verbal, surge do sentimento de apreensão, tensão interior e cognições de perigo iminente.

A componente somático-vegetativa, que é de natureza psico-fisiológica e traduz a activação funcional, medida pela estimulação dos sistemas simpático e parassimpático, traduz igualmente a hipervigilância centrada nas funções fisiológica e nas sensações corporais, ela própria também mediada pelos processos cognitivos.

A componente comportamental tem a ver com a motricidade, e refere-se aos actos observáveis mediados por padrões motores ou inibições selectivos, tais como: inquietação motora, a fuga, os actos compulsivos, o descontrolo motor, a passividade, a sideração ou bloqueio completo da acção. Estes sintomas motores reflectem os elevados níveis de estimulação cognitiva e somática dos indivíduos e suas tentativas de proteger-se do que vêem como ameaçador.

DAMÁSIO (1999) explica-nos a relação dor/emoção e defende que dor e emoção não são a mesma coisa embora possam ser causadas pelo mesmo estímulo.

*...dor é a consequência de um estado de disfunção local num tecido vivo - lesão actual e eminente de um tecido - que causa a sensação de dor, mas que provoca igualmente respostas reguladoras tais como **os reflexos e pode também induzir emoções** (...). As emoções podem ser causadas pelo mesmo estímulo que causa a dor, mas constituem um resultado diferente para a mesma causa. Subsequentemente, desde que haja consciência podemos vir a saber que sentimos dor e que temos uma emoção que lhe está associada.*

Segundo ALMEIDA et al (2007) em estudos descritos em dois bancos de dados da biblioteca virtual de saúde, no período de 1980 e 2007, a dor considerada por muitos autores um dos factores que desencadeia a ansiedade, foi um dos temas que nos últimos anos teve uma grande contribuição na produção de conhecimentos tanto específicos como gerais direccionados para a compreensão da vivência da dor do parto pela mulher, bem como para a utilização de técnicas para alívio da mesma.

Trabalho de parto

Para BARRY et al (2008) o trabalho de parto é definido como um processo que termina na expulsão do feto e da placenta pelo útero numa gravidez de termo, entre as 37 e as 42 semanas.

Tal como a gravidez, o trabalho de parto é um momento crítico na vida de uma mulher. Assim, como as crenças culturais podem influenciar a maneira como o encaram, também determinados factores fisiológicos e psicológicos podem intervir significativamente nesse evento.

No entanto, enquanto que no decorrer de uma gravidez as mudanças são lentas e graduais, no trabalho de parto essas mesmas mudanças são bruscas e intensas. O imprevisível, o incontrolável e o desconhecido são características determinantes que fazem com que o trabalho de parto seja um momento único onde a ansiedade surge em primeiro plano.

Segundo GARRET (1975) durante o trabalho de parto, o medo é a emoção mais evidente, considerada a motivação negativa que reforça e intensifica os impulsos do comportamento humano.

Segundo ASTRID et al (2005) num estudo efectuado em grávidas primíparas refere que o nível de satisfação das mulheres com vivências de trabalhos de parto prolongados é muito inferior ao nível de satisfação referido por mulheres

cujo trabalho de parto é menos prolongado, sendo referida a dor como factor mais determinante para estes resultados.

Autores como BENZECRY e CERRUTY, citados por RESENDE (1991) defendem que a dor do parto não existe, o sofrimento referido pela mulher civilizada é fruto do medo que lhe foi incutido desde a infância e exacerbado durante a gestação por informações pessimistas e falsas. Nas primeiras contracções, o medo determina forte tensão de espírito e facilmente dá a impressão de dor, criando-se assim a tríade; medo/tensão/dor, neste contexto, a dor, por sua vez aumenta o medo, esse intensifica a tensão e a dor, estabelecendo-se um ciclo vicioso que pode levar a verdadeiro terror e pânico.

É a atitude mental que além de proporcionar grande sofrimento, perturba a coordenação uterina dando origem a distócias funcionais. Pelo que, é fundamental o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no apoio e minimização dos factores desencadeantes da ansiedade da grávida durante o trabalho de parto.

Cuidado de Enfermagem especializado

Ao longo dos tempos a Enfermagem sempre baseou a sua acção no cuidar dirigido a outrem, quer este fosse uma pessoa, uma família ou uma comunidade.

De facto, desde o principio da humanidade que o Homem sente a necessidade de se cuidar e ser cuidado, enquanto acto essencial à sua condição humana e aspecto estrutural do (seu) crescimento e desenvolvimento (CARVALHO; 1994).

Cuidar corresponde assim a uma das mais antigas experiências da história da humanidade, algo que é universal e transversal a todos os tempos.

Sendo o cuidar algo inerente à vida e à relação humana, mais que um comportamento inato é um valor que determina a forma como cada pessoa se situa em relação a si própria, à vida e aos outros. Cuidar assume assim uma função essencial à sobrevivência das pessoas e da própria sociedade (COLLIÉRE, 1999).

Olhar para nós próprios e para o outro, desde o nascimento à morte, convida-nos permanentemente ao auto-cuidado do outro em necessidade. Cuidar pode assumir-se como um acto individual ou de reciprocidade consoante a pessoa o preste a si própria ou a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, necessite de ajuda para assegurar a satisfação das suas necessidades vitais (COLLIÉRE, 1999).

É no encontro com o outro que se inicia o processo de cuidar, a partir desta relação partilham-se ideias, sentimentos e emoções que nos permitem conhecer e compreender a pessoa, promovendo cuidados de qualidade. Sempre conscientes que toda a pessoa é única apresentando o seu próprio modo de se relacionar com o outro, posso afirmar, de acordo com a minha experiência que o processo de cuidar implica o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente, devendo haver uma partilha em que ambos os intervenientes tiram benefícios e aprendizagens.

Neste sentido, o enfermeiro quando incorpora no seu cuidado o conhecimento de outrem, compaixão, tempo para o atender e partilhar o sofrimento, disponibilidade para manter uma relação recíproca de confiança e responsabilidade, bem como um compromisso de presença, está a oferecer ao outro um cuidado que é justo (VIEIRA, 2009).

O enfermeiro deve assim garantir aos clientes bons cuidados de enfermagem. Cuidados esses de qualidade e de excelência. Para tal, além de ter presentes as leis que alicerçam a sua prática, nomeadamente o Código Deontológico e

todo um conjunto de regras que orientam o enfermeiro para as boas práticas de enfermagem, tais como a Carreira de Enfermagem em vigor, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enquadramento conceptual para os cuidados de enfermagem, o regulamento de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas e as teorias e modelos que dão suporte teórico essencial à prática. Para além destes, a aquisição de capacidades na área do saber (componente científica), do saber-fazer (componente técnica) e do saber ser (componente relacional), revela-se igualmente fundamental. É este conjunto de conceitos, normas e competências que orientam o enfermeiro no desempenho das suas funções numa dimensão do cuidar.

Para Swanson (1991) o cuidar é o pilar base para a prática de enfermagem, a pessoa que presta cuidados deve de estar motivada para resolver o problema/necessidade do outro. Para esta autora o cuidar constitui-se como um processo onde se integram os cinco processos/categorias já mencionadas anteriormente: conhecer; estar com; fazer por; possibilitar e manter a crença.

O cuidado de enfermagem especializado constitui uma resposta diferenciada e diferenciadora dos cuidados gerais, sustentado nas competências comuns e específicas. São quatro os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas; responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (REGULAMENTOS COMPETENCIAS COMUNES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS, 2010).

Como nos refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica:

...assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas em como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida

normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Dando assim resposta ao que está descrito pelo REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIROS, e que é corroborado pelo perfil de competências do enfermeiro especialista, ao referir que :

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído o título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar , além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Decreto-lei 161/96 de 04 Setembro, artigo 4º, ponto3).

METODOLOGIA

Para a realização deste relatório de estágio utilizei como metodologia:

- _ Revisão sistemática da literatura
- _ Notas de campo
- _ Análise de conteúdo das notas de campo.

Segundo FORTIN (1999, p.372), a metodologia consiste no *conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*. É através desta fase que o *investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas as questões de investigação colocada* (FORTIN 1999, p.40).

O desenvolvimento de uma investigação tem como propósito, contribuir para a construção do conhecimento de um determinado fenómeno humano, o que proporciona uma organização da prática de cuidados de qualidade, pensada, reflectida e adaptada à individualidade da pessoa (HESBEEN, 2000).

Desta forma, é muito útil e de acordo com WATSON (2002), que os enfermeiros especialistas escolham métodos que permitam o acesso ao mundo subjectivo dos significados pessoais da pessoa/família a quem prestam cuidados.

Desta forma passo a descrever os métodos que constituíram o alicerce do meu percurso.

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura possibilita reunir de uma forma sistemática, avaliar criticamente e sintetizar os estudos relevantes sobre um determinado fenómeno específico ou um problema de atenção à saúde.

A quantidade e complexidade de informações na área da saúde e o tempo limitado dos profissionais tem feito com que haja necessidade de desenvolver processos que nos proporcionem caminhos concretos até aos resultados da pesquisa, sendo a revisão sistemática da literatura um recurso importante da prática baseada em evidências, que consiste numa forma de síntese dos resultados de pesquisa relacionados com um problema específico.

GALVÃO et al (2004) refere-nos que a revisão sistemática da literatura *é um recurso importante da prática baseada em evidências* e consiste num método rigoroso na pesquisa e selecção de estratégias, na avaliação e interpretação dos dados recolhidos.

Este tipo de revisão da literatura difere de um outro tipo de revisões porque possuem uma estrutura para obter uma dimensão global, minimizam a possibilidade de desvios e garantem a sua confiabilidade, constituem um resumo completo da evidência disponível.

Segundo GALVÃO et al. (2004), são várias as etapas necessárias para a sua realização.

A primeira etapa corresponde à construção do protocolo. Nesta fase é definida a questão de investigação, que é *"uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar as pesquisas relevantes, colectar e analisar dados de estudos incluídos na revisão"* (CORDEIRO et al, 2007, citando Clark e Honton,2001). Esta questão está na base do trabalho, tem de ser bem formulada, clara e conter a descrição do problema em estudo, população, contexto, intervenções e resultados.

Nesta fase também são definidas as palavras-chave, (descritas e explicitadas no enquadramento teórico), os critérios de inclusão e exclusão para a selecção dos estudos, estratégias para a pesquisa e síntese dos estudos e recursos que poderão vir a ser utilizados. (APÊNDICE VI).

A Segunda etapa corresponde à pesquisa dos estudos na literatura. Esta pesquisa deve ser abrangente, incluir estudos publicados e não publicados em bases de dados electrónicas, manuais periódicos, referências listadas nos estudos identificados, contacto com peritos ou material não publicado, que se considerem relevantes e que vão ao encontro da questão inicialmente definida.

A terceira etapa corresponde à pesquisa, revisão e selecção dos estudos, com base nos critérios anteriormente definidos. De todos os estudos seleccionados deve ser mencionada a questão de investigação, local onde foram realizados, ano, metodologia e resultados finais.

A quarta etapa vai corresponder à análise desses estudos. Nesta é feita é feita uma comparação entre eles, retirando o que é mais significativo e dando ênfase ao que existe de comum e de diferente.

Ainda segundo GALVÃO et al (2004) esta análise pode ser quantitativa ou qualitativa. A análise quantitativa também pode ser denominada de metanálise, corresponde à análise estatística dos resultados dos estudos individuais com a finalidade de chegar aos resultados. A análise qualitativa é feita quando os dados são sintetizados mas não estatisticamente combinados. Devido às características do meu trabalho, fiz uma análise qualitativa das notas de campo recolhidas.

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão PICOD: **"Quais os cuidados de enfermagem**

especializados que minimizam a ansiedade de grávida em trabalho de parto".

Foi consultado o motor de busca EBSCO, com acesso a duas bases de dados: CINHALL (*Plus with full text*) e MEDLINE (*Plus with full text*), com selecção de artigos em texto integral (14 de Abril 2011), publicados entre 01/01/2005 e 31/03/2011, com os seguintes descritores: Grávidas em trabalho de parto, cuidados de enfermagem e ansiedade. Seleccionei 13 artigos num total de 146 encontrados, onde estão explícitos os principais resultados (APÊNDICE VI)

Como critérios de inclusão considerei os artigos relacionados com a problemática ansiedade da grávida, com recurso a metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisão sistemática da literatura, que clarificassem as suas vantagens na aplicação da prática clínica e consequentemente na implicação do seu impacto nos resultados em saúde. Nos critérios de exclusão considerei todos os artigos com metodologia pouco clara, com data anterior a 2005 e todos aqueles que não se encontravam directamente relacionados com o objecto em estudo.

Após a revisão da literatura, recurso muito importante na prática baseada na evidência, efectuei observação participante, no decurso da prestação de cuidados no Estágio, com o recurso às notas de campo, como método fundamental para a colheita de dados e posterior reflexão da articulação teoria/prática.

NOTAS DE CAMPO

No contexto da prática dos cuidados e para a concretização dos objectivos por mim delineados optei por elaborar notas de campo decorrentes da interacção/observação com a mulher/convivente significativo em trabalho de parto.

A observação participante e as notas de campo são um aspecto metodológico muito importante. Segundo CARMO E FERREIRA (1998,p.97) a observação participante permite *seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica a fim de descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão, e ao realizá-la identificar e descrever comportamentos decorrentes de um determinado momento.*

Desta forma identifiquei quais os factores desencadeantes da ansiedade da mulher em trabalho de parto. Utilizei esta técnica porque considero que foi a mais adequada, uma vez que me permitiu assumir um papel de observadora e em simultâneo, participar, enquanto prestadora de cuidados. Como refere SPADLEY (1980, p.39) este tipo de observação *permite entrar no mundo dos sujeitos, envolver-se com eles, observar e participar* em actividades.

BOGDAN e BIKLEN (2006,p150) dizem-nos que as notas de campo são o *relato escrito sobre o que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha.* Na mesma linha de pensamento, e de acordo com os mesmos autores, este processo possui duas dimensões, a descrição e a reflexão. A primeira consiste em registar objectivamente o que se observou, sendo a precisão das descrições um requisito essencial para este processo, de forma a compreender o fenómeno no seu todo, tendo em conta o seu contexto real. A segunda dimensão assume um carácter mais reflexivo por parte de quem observa, esta permite que em consequência da observação de um determinado comportamento ou fenómeno possam surgir novas ideias ou conceitos.

As notas de campo decorrentes da prestação de cuidados/observação participada, foram transcritas e foi feita a análise de conteúdo das mesmas, descrito no capítulo seguinte, no sentido de se identificarem os factores que desencadeiam ansiedade nas parturientes e consequentemente na adequação de cuidados que minimizassem a ansiedade durante o trabalho de parto.

ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS NOTAS DE CAMPO

A análise dos dados recolhidos nas notas de campo é fundamental para a interpretação dos resultados obtidos.

BARDIN (2009,p.42) define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Assim após a leitura e transcrição das notas de campo (APÊNDICE VII), procedi à identificação das unidades de significação de forma a poder agrupar estas unidades nas categorias e subcategorias e, conseqüentemente, produzir quadros de referência (BOGDAN e BICKLEN, 2006), (APÊNDICE VIII).

A categorização por sua vez é também um processo complexo que tem de respeitar seis regras, que são: exaustividade; exclusividade; homogeneidade; pertinência; objectividade; produtividade e conteúdos categorizáveis (BARDIN, 2009).

Além da descrição a análise de conteúdo possibilitou-me uma melhor compreensão do fenómeno que constituiu o meu objecto de estudo.

PRINCIPIOS ÉTICOS

A enfermagem enquanto ciência fundamenta a sua prática num agir tendo em conta o melhor bem para a pessoa que é cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações que estabelece.

A sensibilidade ética é hoje maior do que há anos atrás. Este século, considerado como o século dos direitos humanos reclama maior atenção à pessoa, com a sua cultura, as suas experiências, o seu ambiente e a sua vida concreta. A ética serve a pessoa e avalia a ciência, a lei, a moral, a religião e todos os comportamentos humanos. É por isso que a ética em saúde se torna essencial.

WATSON (2002, p.52) diz-nos que:

O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

A prestação de cuidados de enfermagem é um processo complexo que requer a articulação com as várias áreas do saber. Desde a origem até à actualidade foi possível perceber a importância da enfermagem no processo saúde/doença, bem como o percurso ético-moral da própria profissão. Quando se trabalha com seres humanos, cada um é único, irrepetível, com diferentes formas de agir, é necessária a construção, formação desenvolvimento e clarificação de códigos éticos e deontológicos facilitadores deste processo, na promoção da saúde e prevenção da doença.

Os princípios éticos envolvidos nos cuidados de enfermagem têm uma enorme importância. Os valores e as crenças dos próprios enfermeiros influenciam o cuidado. A reflexão sobre estas questões torna o cuidado, quer de si, quer do

outro mais eficaz, não esquecendo que qualquer tomada de decisão deve ser fundamentada nesses princípios. De acordo com O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS (2005, p.90-92) são cinco os princípios que regem a nossa prática e os quais procurei assegurar:

- **Beneficência/não maleficência** - É o dever da fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício/não causar dano.
- **Justiça** - Situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente de acordo com a sua diferença.
- **Autonomia** - As pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas tenham seleccionado. A pessoa é um fim em si mesma.
- **Veracidade** - O dever da verdade respeitando as questões culturais (fundamental para uma relação de confiança efectiva).
- **Fidelidade** - O dever de permanecer fiel aos compromissos assumidos (obrigação implícita numa relação de confiança entre o enfermeiro e o sujeito dos cuidados, tais como manter promessas e confidencialidade).

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A área da saúde materna e obstétrica é vista no seio da Enfermagem como uma área específica e complexa, ao mesmo tempo acarinhada pelas outras valências. O trabalho do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica reveste-se de uma grande complexidade, pois visa articular o seu saber teórico-científico, com o seu saber técnico-relacional, criando ao mesmo tempo sinergias e tendo respeito pela singularidade e competências de cada mulher e família, inseridas numa determinada cultura e sociedade.

Neste capítulo pretendo fazer uma descrição e análise dos objectivos e actividades desenvolvidas durante o meu estágio. Considero que foi um espaço e tempo de excelência para o desenvolvimento de competências específicas que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/Recém-nascido/família, no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/Recém-nascido/família e a minimização da ansiedade.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente durante a triagem na Urgência Obstétrica em situação de trabalho de parto.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, promotoras do bem-estar materno-fetal, que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida / parturiente durante o período pré-natal.

A triagem e consequentemente o acolhimento surgem como um cuidado dentro de todo o contexto de atenção a prestar à grávida/ convivente significativo.

Para que a triagem não se encerre no simples acto de admissão considero que adquiri **competências específicas** que me permitiram **cuidar da mulher inserida na família durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal** (Competência nº 2, ordem enfermeiros, 2010) para que este momento fosse considerado único em que a grávida/Recém-nascido/convivente significativo fossem o meu alvo dos cuidados.

É necessário ter em conta que a gravidez só por si acarreta um enorme conjunto de transformações às quais a mulher vai adquirindo mecanismos de ajustamento a esse novo estado. Quando a mulher recorre por algum motivo a um serviço de urgência, enfrentando um ambiente hospitalar, as emoções intensificam-se, e os medos e insegurança encontram-se muito presentes.

No contexto da prática tive oportunidade de realizar a triagem e acolhimento da mulher/convivente significativo. O modo como se acolhe a utente e família determina o tipo de relacionamento, interferindo de uma forma decisiva na confiança que os mesmos depositam no enfermeiro, bem como no nível de ansiedade que a mulher transporta (BURROUGHS, 1995).

Os medos e ansiedade face ao desconhecido poderão ser desvanecidos na forma cautelosa e disponível de efectuar o acolhimento. Neste contexto considereei o acolhimento um cuidado particular, em que cada mulher é única, com ela transporta valores, vivências e perspectivas culturais diferentes no âmbito da saúde, e consequentemente no âmbito da maternidade. Tendo em conta **a competência nº1 do ICM, 2002** (ANEXO II) considero que desenvolvi competências que me permitiram adquirir conhecimentos e habilidades relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética que foram a base dos meus cuidados tendo em conta a cultura e a família em que cada mulher estava inserida, prestando um cuidado específico e dirigido a cada utente.

O cuidar permite ao enfermeiro conhecer o utente, possibilitando assim, o reconhecimento dos seus problemas e consequentemente a sua resolução, tendo privilegiado o processo de cuidar preconizado por Swanson (1991).

HESBEEN (2000; p.39) diz-nos que:

...enunciar o conceito de cuidar sob a forma de valor e não de verdade científica permite facilmente a cada pessoa subscrever esse valor ou desviar-se dele escolhendo uma orientação mais compatível com as suas ideias ou mais apropriada ao seu projecto, de vida ou pessoal.

Durante a triagem feita na Urgência Obstétrica à grávida quer no período pré-natal quer em situação de trabalho de parto demonstrei sempre uma atitude de disponibilidade e escuta activa, fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Identifiquei-me sempre enquanto aluna do Curso de Pós-Licenciatura do Curso de Especialização de Saúde Materna e Obstétrica e desenvolvi um conjunto de actividades (APÊNDICE I) que me permitiram desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que me permitiram atingir estes objectivos, com especial enfoque, para a prevenção primária privilegiando a Educação para a Saúde. Neste sentido adequiei os meus cuidados, informei, possibilitei e capacitei a mulher/convivente significativo enquanto participantes activos em todo o processo de "cuidar".

Prestei cuidados de Enfermagem Especializados visando sempre a promoção do bem-estar materno-fetal tendo tido a oportunidade de cuidar de 148 grávidas com patologia associada, 32 das quais internadas na sala de partos. As patologias mais frequentes foram a ameaça de parto pré-termo, hemorragias do 2º e 3º trimestre, pré-eclampsia, diabetes gestacional, hipertensão arterial (crónica ou induzida pela gravidez) e síndrome de help.

No decorrer do Ensino clínico procurei sempre mobilizar conhecimentos para que as minhas intervenções fossem adequadas e fornecessem cuidados de

enfermagem especializados e de alta qualidade para facilitar o processo de desenvolvimento saudável de gravidez e de adaptação à parentalidade. O meu principal objectivo foi capacitar a mulher/família das suas competências para todo este processo promovendo o auto-cuidado (Apêndice II, competência nº2), recorrendo a cuidados centrados em "Conhecer" o que levou a recorrer à Urgência, o significado da gravidez e da parentalidade, no "Estar com" estando emocionalmente presente para o outro no sentido de facilitar o estabelecimento de uma relação de ajuda, no "fazer por" que implica fazer pelo outro aquilo que ele faria se pudesse, "possibilitar" que passa por informar, capacitar e treinar para a preparação para a parentalidade e "manter a crença" e acreditar na capacidade do outro em ultrapassar um acontecimento de forma a fomentar a independência e maturidade, o que lhes facilita a tomar as próprias decisões. Todos os meus procedimentos foram validados e discutidos com a minha orientadora de forma a fazer uma análise e reflexão sobre os cuidados prestados.

Senti que fui desenvolvendo progressos no meu desempenho ao longo do estágio, principalmente nas competências técnico-científicas no cuidado especializado à grávida, nomeadamente na avaliação do "bem-estar" materno-fetal, na interpretação do traçado cardiotocográfico, avaliação da cervicometria, características do pavimento pélvico e identificação e referenciação de situações de risco. Para que tal acontecesse houve um grande empenho da minha parte na pesquisa de cada vez que surgiu uma nova situação, no entanto também não posso esquecer os momentos de partilha e reflexão com a Enfermeira orientadora sobre os Cuidados de Enfermagem Especializados prestados.

O desenvolvimento das actividades por mim delineadas (APÊNDICE I), permitiu a mobilização de conhecimentos teóricos previamente adquiridos durante o processo de formação bem como a aquisição de competências que me permitiram **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal** (ANEXO I- Competência nº2).

Como uma das actividades desenvolvidas destaco a elaboração de uma norma de procedimento - **Triagem da grávida no 1º estágio do trabalho de parto** (APÊNDICE V), tendo surgido como uma necessidade identificada pelo serviço no sentido de se " sensibilizar" para o início da triagem na Urgência Obstétrica feita pelos Enfermeiros Especialistas, conforme preconizado pela ORDEM dos ENFERMEIROS.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada.

Este foi sem dúvida o objectivo mais temido deste Ensino Clínico. O nascimento de um filho é um momento gerador de stress no seio de uma família. A possibilidade de trazer lesões físicas e psicológicas, quer à mãe quer ao Recém-nascido foi um "medo"que sempre me acompanhou ao longo da minha prática, talvez por a maior parte do meu percurso profissional ter sido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Apesar de estar integrada no contexto de bloco de partos, na minha prática diária, a condução de um trabalho de parto, a realização de um parto em ambiente seguro e a detecção de complicações precocemente foram de facto os factores que mais ansiedade me causaram antes e durante este Ensino Clínico. (APÊNDICE II e IV-1º e 3º Diário de aprendizagem)

Segundo BOBAK (1999);

...prestar cuidados efectivos e seguros à utente de alto risco implica um esforço conjunto de todos os membros da equipa de saúde, contribuindo cada um para promover óptimos resultados quer para a mãe quer para o bebé. A finalidade é

que se dê o nascimento seguro de crianças normais que possam desenvolver-se até ao máximo do seu potencial.

Durante os quatro estádios do trabalho de parto tive oportunidade de desenvolver as actividades por mim propostas (APÊNDICE I), adquirindo cada vez mais segurança, mais confiança e consequentemente mais autonomia. À medida que o estágio foi decorrendo fui-me sentindo progressivamente mais segura e confortável.

A necessidade permanente da revisão da literatura, o aprofundar de saberes associado à prática e os ensinamentos da minha orientadora foram essenciais para o sucesso deste percurso.

Desenvolvi e aprofundei competências técnico-científicas e relacionais no cuidado especializado à mulher e convivente significativo, nomeadamente na avaliação do bem-estar materno-fetal, através da interpretação do traçado cariotocográfico, da avaliação e interpretação do exame bi-manual (avaliação da cervicometria, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas, características da bacia materna...), da detecção precoce de sinais de alerta e encaminhamento para a equipa multidisciplinar das situações para além da minha área de actuação. Por tudo isto considero que consegui desenvolver competências que me permitiram **cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** (Competência nº3, Ordem dos Enfermeiros, 2010, ANEXO I),(Competência nº 4 do ICM, 2002, ANEXO II).

Durante este estágio efectuei 41 partos em ambiente seguro, sempre com a supervisão da minha orientadora, sempre que necessário, efectuei episiotomias e consequentemente realizei técnicas de reparação do canal de parto (episiorrafias) que considero ter sido um desafio que ultrapassei ao longo deste percurso, gradualmente com mais segurança e autonomia. Após cada parto

tentei fazer com a minha orientadora uma reflexão sobre a minha actuação, a identificação dos aspectos positivos e outros a melhorar no sentido de potenciar o meu crescimento, quer pessoal quer profissional e aquisição de competências.

Considero que a prática-reflexiva é um instrumento de aprendizagem fundamental. Procurei sempre ser eu o principal agente da minha formação, traçando objectivos que me permitiram aproveitar ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem. É importante reflectir, criticar, avaliar o que fizemos e o que se faz, valorizando o que existe de positivo e reformulando o que nos parece menos correcto. Tudo isto não tem apenas aplicabilidade nos cuidados de enfermagem que se prestam mas também na própria equipa multidisciplinar, contribuindo para a prática consciente e reflectida, conduzindo ao crescimento pessoal e profissional.

A realização do parto em ambiente seguro, a relação estabelecida com as parturientes, a tentativa de ir ao encontro das expectativas e desejos do mulher /convivente significativo fizeram com que estes momentos ficassem marcados de uma forma positiva não só nas suas vidas, como também na minha. Tal como Swanson (1991) nos diz que cuidar é uma forma de se relacionar com o outro significativo, com o qual nos sentimos envolvidos e responsáveis.

No quarto estágio do trabalho de parto, dos 41 partos efectuados por mim e nos 36 recém-nascidos a quem prestei os primeiros cuidados, a promoção da vinculação e o aleitamento materno foram uma prioridade minha no sentido de promover e potenciar as competências parentais. Sempre que possível, possibilitei o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, mantendo desta forma o aquecimento do recém-nascido e favorecendo a vinculação.

O desenvolvimento das actividades descritas em anexo (APÊNDICE I) permitiram-me desenvolver competências que me permitiram **Cuidar da**

mulher inserida na família no período pós-natal, implementando medidas de promoção e apoio ao aleitamento materno (ANEXO I - COMPETÊNCIA Nº4 / ANEXO II - COMPETÊNCIA Nº5).

Tal como nos refere SWANSON (1991) cabe ao profissional de saúde, utilizar o seu conhecimento para o bem do outro. Isto é, capacitar a puérpera de quem cuida para amamentar, dando informações e explicações precisas sobre as suas vantagens, bem como todo o apoio emocional de que necessita. "Estar com", mas também "Fazer Por" quando identifiquei essa necessidade na díade (mãe/RN) nomeadamente aquando a primeira adaptação á mama.

Promover o sucesso do aleitamento materno deve ser uma prioridade, um projecto materno, sendo que BIANCHI, citado por CARDOSO (2006) considerou três aspectos fundamentais para o seu sucesso: **o suporte** (estimulando a criação e maturação de um ambiente favorável à amamentação); **a motivação** (activando e regulando condutas orientadas para a amamentação bem sucedida) e o **ensino** (que se constitui como uma actividade intencional ou facilitação de determinadas aprendizagens).

Sempre que me foi possível fui visitar as puérperas ao serviço de obstetrícia às quais eu tinha participado no parto ou feito acompanhamento do trabalho de parto e com grande satisfação ouvi elogios sobre a importância da minha presença naquela fase tão marcante das suas vidas, sendo referidos os meus cuidados como determinantes na redução da ansiedade e no aumento da confiança, auto-estima e capacidade de enfrentar este novo papel de "ser mãe".

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação/optimização à vida extra uterina.

Considero que este objectivo foi plenamente atingido. O reconhecimento do saber teórico-prático, inerente à experiência adquirida ao longo dos 20 anos do meu percurso profissional, 14 dos quais no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, permitiu o desenvolvimento de competências específicas nesta área.

As muitas experiências que foram vivenciadas durante o meu exercício profissional com o Recém-nascido/família, as actividades desenvolvidas ao longo destes anos de trabalho na área bem como as actividades descritas no meu projecto (APÊNDICE I) contribuíram para a consolidação e desenvolvimento de conhecimentos e competências rumo a uma perícia de cuidados de enfermagem ao RN/família.

De acordo com BENNER (2001) a experiência é necessária para a perícia, e o enfermeiro torna-se perito de cuidados específicos de uma área através da análise de experiências repetidamente vividas ao longo dos anos.

Procurei sempre ao longo deste percurso de formação profissional a consolidação dos conhecimentos e a integração de novos, de modo a desenvolver competências na prestação de cuidados ao recém-nascido, a detecção de alterações morfológicas e funcionais, a colaboração na reanimação do recém-nascido em situações de emergência.

Considero desta forma que **cuidei da mulher inserida na família e comunidade e optimizei a saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.** (Competência Específica Nº3- ANEXO I e competência nº4 e 6 do ICM- ANEXO II).

Fez parte deste objectivo a permanência de uma semana, em contexto de observação participada, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Considero que este período constituiu uma mais-valia no meu percurso, foi muito enriquecedor pelo desenvolvimento de competências ao nível da

negociação e promoção da parceria de cuidados, pelo recurso à promoção do papel parental. Tentei junto da mãe/família, adequar estratégias para "Manter a crença", que conseguissem acreditar nas suas competências para adaptarem comportamentos promotores de um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Tal como referi no 2ºDiário de aprendizagem (APÊNDICE III) considero que ter um bebé prematuro deve ser uma das experiências mais angustiantes por que os pais podem passar. O medo da morte, o sentimento de culpa, o "luto" do bebé imaginário que não corresponde ao bebé real, são muitos factores que podem condicionar os comportamentos e o vínculo que estes pais estão a vivenciar.

A situação de nascimento e internamento de um recém-nascido, prematuro ou não numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é sempre acompanhada por sentimentos de angústia, desamparo, ansiedade, de não saber o que se vai passar, de não saber o que é melhor, de inexperiência e desamparo. Nestas situações específicas os cuidados de enfermagem especializados são fundamentais e facilitadores para ajudarem as famílias a ultrapassar as dificuldades sentidas. "Estar com " significa estar emocionalmente presente para o outro transmitindo-lhe que as suas experienciam e expectativas são importantes. Neste contexto estar com implica estar presente, estar emocionalmente disponível para escutar e se relacionar com o outro, expressando autenticidade e interesse pela sua pessoa, pelas suas necessidades, preocupações e experiências.

Considero por tudo isto importante e fundamental que o Enfermeiro Especialista conheça os aspectos culturais relativos à gravidez, parto e à relação pais-filho, para que se possam conhecer as suas crenças, as suas práticas, os seus comportamentos e deste modo melhorar os processos relacionais e os cuidados prestados.

Sinto que cuidar um recém-nascido prematuro/família passa não só por assegurar a sobrevivência do bebé como também por "Possibilitar", ajudar esta família no processo de tornar-se mãe/pai do recém-nascido prematuro.

Aquilo que inicialmente nos "leva a censurar"ou até a emitir juízos de valor mostrou-me que cada família tem de ter o seu tempo para se reorganizar e reestruturar após o nascimento de um bebé prematuro, o importante é "Manter a crença" dos pais no seu potencial, incentivando-os, envolvendo-os e assegurando o seu bem-estar.

Cuidar não é apenas um algo que se faz em relação aos outros. Tal como nos diz COLLIERE (1989) " cuidar é um acto de vida (...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária, ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais".

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica considero que desenvolvi competências no sentido de ajudar a família a fazer emergir as suas forças, competências e dificuldades, as suas áreas de autonomia e aquelas em que terá de ser ajudada e compensada. Por tudo isto considero que tenho o dever de ensinar, instruir e orientar estas famílias no seu percurso como cuidadoras.

Para MÁRTIRES, citando SWANSON (1991):

Cuidar, que é manter a crença inclui envolver o outro em estima e acreditar nele. Aquele que cuida mantém uma atitude de esperança (em oposição ao desespero) e oferece um optimismo realista como se percorresse todo o caminho com o outro.

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam identificar os factores desencadeantes da ansiedade da grávida em trabalho de parto.

A ansiedade é considerada por mim, uma emoção que me é familiar e que ao longo de todo o nosso ciclo de vida nos acompanha de uma forma mais ou menos presente.

Tendo consciência que cada ser humano tem o seu próprio modo de expressar a ansiedade achei fascinante desenvolver competências que me permitiram identificar este fenómeno no comportamento humano, mais concretamente na mulher em trabalho de parto.

De acordo com a prática baseada na evidência e no contexto da prática dos cuidados, através de uma observação participada e da elaboração de notas de campo pude identificar os principais factores desencadeantes da ansiedade da mulher em trabalho de parto.

Do conjunto de factores identificados pelos autores (APÊNDICE VIII) como desencadeantes da ansiedade da mulher em trabalho de parto e de acordo com a minha observação participante **a dor** foi a emoção que foi mais relevante, conforme referido nas notas de campo (APÊNDICE VII) :

“...já não aguento mais...tirem-me as dores”

“...não sabia que isto custava tanto...”

“...com as dores que tenho, já tinha parido”

“...Não me tiram as dores”

“...tirem-me estas dores”

Desde sempre que a humanidade conviveu com a dor. Caracterizada por uma sensação subjectiva e pessoal e como tal muito difícil de quantificar, mas que continua a ser uma constante durante o trabalho de parto e com um peso histórico que nos obrigou a conviver desde os tempos mais remotos.

Durante a interacção pude constatar que a sua intensidade pode variar de mulher para mulher e de acordo com ALMEIDA et al (2008) pode estar dependente de vários factores, tais como; o limiar individual, o grau de relaxamento, o ambiente de atendimento, a presença de apoio de familiares e profissionais entre outros.

“...sinto só umas moinhas”

“...não estou a aguentar”

Pude também constatar que os indutores do trabalho de parto aumentavam a intensidade da dor, conforme referido pelas grávidas:

“...falta tanto para a epidural” [Grávida em fase lactente do trabalho de parto, induzido com misoprostol.]

CHANG et al. (2006) diz-nos que a intensidade da dor aumenta à medida que evolui o trabalho de parto e consequentemente a ansiedade da mulher eleva-se à medida que se aproxima a hora do parto, sendo a dor referida como um dos medos mais comuns (MALDONADO;1997).

“...mas já estou com dores outra vez...” [Grávida na fase activa do trabalho de parto, após ter sido efectuada analgesia epidural....]

“Ainda bem que não tenho muitas dores...” [Grávida na fase lactente do trabalho de parto]

ASTRID et al (2005) quando descrevem os resultados dos estudos retrospectivos efectuados a 78 grávidas referem que **a dor** é o factor mais determinante para a classificação de experiência de parto positiva /negativa. Ainda nos mesmos estudos as mesmas autoras nos dizem que as mulheres com **trabalhos de parto prolongados** referem ter tido experiências de parto negativas comparativamente com mulheres que tiveram trabalhos de parto considerados normais em termos de duração.

No contexto da prática pude observar que os trabalhos de parto prolongados eram referidos como desgastantes sendo este sentimento verbalizado pelas mulheres:

"...estou aqui quase há 24 horas"

"...estou tão farta de estar aqui...estou há quatro dias a induzir".

Na prestação de cuidados de enfermagem especializados providenciei medidas de conforto no sentido de preservar a privacidade e de acordo com SWANSON (1991) " *fazer pelo outro aquilo que ele faria se fosse de todo possível*".

Outro dos factores que foi referido pelas mulheres como gerador de ansiedade e fundamentado pela evidência científica foi a vivência de uma **gravidez de risco** (com repouso no leito) e um risco de um **parto pré-termo**.

DUNN et al (2007) num estudo em que descreve e analisa os níveis de ansiedade entre grupos de mulheres grávidas com gravidezes normais, mulheres não grávidas e mulheres com **gravidezes de risco** (com repouso no leito) diz-nos que os sintomas de ansiedade e depressão existem nos grupos de mulheres grávidas, no entanto as mulheres grávidas de alto risco

demonstram menor nível de bem-estar espiritual e maiores níveis de ansiedade e depressão.

FAVARO et al. (2008) diz-nos também que há uma maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de **bebés prematuros**, comparativamente com mães de bebés de termo. O parto prematuro ou o medo que ocorra um parto prematuro, em consequência de uma gravidez de risco pode frustrar as expectativas da mulher em relação ao nascimento do bebé, implicando na maior parte das vezes o medo da separação precoce que pode ser "imposta", e consequentemente o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Frases que emergiram das notas de campo (APÊNDICE VII) vão ao encontro do que as autoras descrevem;

“...eu só estou grávida de 6 meses...ele é muito pequenino”

“...vou fazer o que for melhor para ele”

“...tenho tanto medo que o bebé nasça...ele é tão pequenino”

Considero que tradicionalmente a gravidez e o parto são e foram considerados desde sempre processos fisiológicos naturais, processos esses que só por si são geradores de ansiedade. O facto de haver a hipótese de ocorrer um parto prematuro, exacerba amplamente essa ansiedade. Considero que estive sempre presente, promovi a partilha de medos e sentimentos, mostrei disponibilidade, forneci informação e apoiei emocionalmente os familiares no sentido de diminuir os níveis de ansiedade decorrentes da situação.

Tal como nos refere SWANSON (1991) o enfermeiro deve interpretar formas de sofrimento, providenciar conforto e comunicação e providenciar suporte emocional e formacional aos familiares da utente.

RODRIGUES et al (2006) também nos dizem que a vivência do parto é a única fonte de conhecimento do próprio do processo de parto, e o modo de o sentir processa-se através da comparação com partos anteriores, sendo que o medo parece estar sempre presente sendo fortalecido pelas vivências negativas anteriormente experimentadas. Por tudo isto considero que uma **experiência de parto traumática anterior** vai gerar sentimentos de apreensão e ansiedade, tal como comprovam as palavras verbalizadas pelas parturientes:

"...tenho medo que aconteça o mesmo..."

"...vai acontecer tudo de novo...o meu bebé vai morrer"

"...porque é que isto acontece sempre comigo?"

Apesar das grávidas, durante o trabalho de parto necessitarem de cuidados especializados, que por vezes não identificam como uma necessidade, considero que estas têm o direito a serem envolvidas neste processo, preservando o princípio da Autonomia, tal como preconizado pela Ordem Enfermeiros (2005), incentivando a mulher a utilizar a sua capacidade de decidir quando confrontada com um conjunto de possibilidades (Swanson, 1993). A informação dada, a motivação para o controle e adequação de medidas de relaxamento, a minha presença, a minha compreensão pelo seu sofrimento são algumas das medidas que SWANSON (1991) também preconiza nos seus processos de **CUIDAR** e que nortearam a prestação de cuidados neste estágio.

RAMALHO (2010) diz-nos que a experiência de ser respeitada é um processo multidimensional e paradoxal. O significado do respeito, segundo esta autora também está relacionado com a informação. Situações de decisões unilaterais, sem explicações nem informações geram sentimentos de mau estar e confusão, que vão aumentar a ansiedade.

De acordo com a prática baseada na evidência e confirmada pela prática dos meus cuidados **a ausência de informação** e o **medo do desconhecido** são factores que dificultam o processo de adaptação à parentalidade, aumentam o medo e dificultam a transição do papel de grávida ao futuro papel de puérpera e mãe, tal como comprovam as frases transcritas das notas de campo:

“Explique-me tudo...”

“...não sabia que isto custava tanto...”

“...porque é que isto acontece sempre comigo”

“...o que é que se está a passar?”

“...se não fossem as suas explicações...ainda estava aqui sem saber nada”

“...ainda não me tinham explicado nada, obrigada por tudo”

“Acha que vai ser um parto normal? Acha que vou dilatar?”

“...o que é que me vai acontecer?”

“...acho que me vou portar bem...”

“...porque é que ele não nasce?”

“...as mães só acreditam que está tudo bem depois de verem”

“...tive medo que pudesse acontecer alguma coisa”

“...por favor diga-me que está tudo bem com o meu bebé”

“...estou tão preocupada com o meu bebé”

“...se eu quiser fazer epidural acha que vai fazer mal ao meu bebé?”

RODRIGUES et al (2006) diz-nos que o papel do enfermeiro especialista consiste em prestar cuidados de enfermagem especializados, esclarecendo dúvidas, dando informações precisas sobre o trabalho de parto no sentido de minimizar os medos e anseios da mulher para que se possa promover um ambiente saudável para a adaptação física e emocional a esta condição de grávida para a futura condição de puérpera.

LALLY et al (2008) refere-nos que a experiência vivenciada pelas mulheres é muito diferente das expectativas que tinham, principalmente quando não há uma preparação prévia. Se as mulheres estão bem preparadas durante a gravidez estão mais propensas a ter expectativas realistas sobre o trabalho de parto, menos propensas a sentirem-se fracassadas e apresentam maior auto-confiança.

A limitação dos movimentos também foi referida pelas mulheres como um factor muito stressante durante o trabalho de parto, tal como comprovam as palavras, transcritas para as notas de campo (APÊNDICE VII).

“ ...estou farta de estar agarrada à cama”

“... se tivesse de estar amarrada à cama acho que morria”

PORFIRIO et al. (2010) dizem-nos que uma das práticas desenvolvidas pelas enfermeiras que assistem ao parto hospitalar em contexto de humanização é proporcionar a liberdade de movimentos e proporcionar a presença de um convivente significativo escolhido pela mulher, tão referido pelas mulheres;

“...queria que o meu marido chegasse...”

Durante o trabalho de parto tentei sempre ir ao encontro das expectativas e desejos das mulheres, planeei e implementei medidas de promoção de conforto e bem-estar, desenvolvi e apliquei estratégias de modo a identificar os factores desencadeantes da ansiedade da mulher/convivente significativo.

BAKER (2010) refere que a posição vertical e a mobilização melhoram a experiência de parto da mulher e apoiam a fisiologia normal do nascimento. É

necessário incentivar e apoiar as mulheres a explorarem as melhores posições durante o trabalho de parto.

Considero que ao longo deste percurso desenvolvi competências que me permitiram identificar os factores desencadeantes da ansiedade da mulher em trabalho de parto e adequar estratégias que permitiram que a mulher tivesse uma experiência de parto positiva e **Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** (COMPETÊNCIA Nº 3 e 4-ANEXO I/COMPETÊNCIA Nº4 e 5- ANEXO II).

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam prestar de cuidados de enfermagem especializados que minimizem a ansiedade da grávida em trabalho de parto.

"Dar à luz" é sem dúvida uma etapa marcante na vida de uma mulher. Prestar cuidados de enfermagem especializados nesta fase do ciclo de vida da mulher é, para mim, um privilégio da enfermagem.

Este processo passa por um certo estado de dependência, associado a cada vivência pessoal, o que constitui um dos principais motivos que transforma a experiência de parto em positiva, negativa ou mesmo traumatizante.

Considero que desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências que me permitiram **CUIDAR** da mulher em trabalho de parto.

O cuidar é específico, é muito pessoal, e por isso reflecte-se muito em quem cuida e em quem é cuidado.

Para SWANSON (1991) cuidar na mais recente forma da teoria, consiste em cinco processos ou categorias que se inter-relacionam, são elas:

- **Conhecer** - É esforçar-se para compreender um determinado acontecimento com o significado que ele tem na vida do outro.
- **Estar com** - É estar emocionalmente presente para o outro, comunicando uma disponibilidade contínua e partilhando sentimentos de alegria ou sofrimento.
- **Fazer por** - Implica fazer pelo outro aquilo que ele faria sozinho se isso fosse possível. Cuidar, neste contexto é confortante, antecipatório, protector das necessidades dos outros e executado com competência.
- **Possibilitar** - Significa facilitar a passagem através das transições de vida e de acontecimentos desconhecidos. É aquele que usa o seu conhecimento específico para bem do outro.
- **Manter a crença** - É manter a fé na capacidade do outro para ultrapassar um acontecimento ou transição e enfrentar o futuro de uma forma significativa.

Para COLLIERE (1999) cuidar pode assumir-se como um acto individual ou de reciprocidade consoante a pessoa o preste a si própria ou a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, necessite de ajuda para assegurar a satisfação das suas necessidades vitais.

Assim, tentei sempre criar com a Grávida/convivente significativo uma **relação de ajuda** que lhes permitissem a expressão de medos, receios e dúvidas., que para SWANSON corresponde aos cinco pressupostos do cuidar.

Esta relação de ajuda foi muitas vezes iniciada aquando o acolhimento, outras vezes apenas no início dos turnos, quando me apresentava à grávida/convivente significativo.

A relação estabelecida com algumas parturientes foi muito gratificante, houve momentos que senti que os meus cuidados tinham feito a diferença naquele

momento tão importante das suas vidas, conforme comprovam as palavras verbalizadas pelas mulheres. Com grande orgulho e satisfação ouvi:

“...nunca me vou esquecer de si”

“...não tenho palavras para lhe agradecer” obrigada por tudo....já estou mais calma...fique aqui comigo”

“...nunca a vou esquecer...tenho de acreditar que vai correr tudo bem e que ele vai ficar quietinho na minha barriga”

SWANSON (1991) acredita que o enfermeiro que cuida o outro, o ajuda a manter a esperança e a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis alcançando os seus objectivos. O enfermeiro tem de ser verdadeiro com o cliente, não alimentando falsas expectativas, mas procurando que o momento seja encarado como uma passagem para um futuro com significado.

VIEIRA (2009) diz-nos que o enfermeiro quando incorpora no seu cuidado o conhecimento de outrem, compaixão, tempo para o atender e partilhar o sofrimento, disponibilidade para manter uma relação recíproca de confiança e responsabilidade, bem como um compromisso de presença, está a oferecer ao outro um cuidado que é justo.

Considero que desenvolvi competências nas várias técnicas de comunicação e desenvolvi uma escuta activa tentando valorizar as questões subjectivas inerentes à condição de mulher. Adequei os meus cuidados de acordo com a especificidade de cada parturiente, respeitando valores, cultura e opções pessoais.

PORFIRIO et al (2010) referem que as enfermeiras obstétricas descrevem a importância de uma escuta activa e uma relação atenciosa valorizando questões subjectivas inerentes à condição de ser mulher no sentido de que os

seus cuidados vão ao encontro das necessidades específicas de cada parturiente. As enfermeiras referem que através dos seus cuidados reforçam e encorajam as mulheres para adquirirem autonomia.

Neste sentido, privilegiei no planeamento dos meus cuidados disponibilidade, presença e escuta activa, qualidades que foram valorizadas e verbalizadas por algumas mulheres como comprovam as notas de campo.

"...fique aqui ao pé de mim...gosto de conversar consigo"

"...é o meu primeiro bebé...vocês são muito queridas"

"...se não fossem as suas explicações e a sua paciência comigo, ainda estava aqui sem saber nada"

"...se não fosse a Sra. Enf^a acho que desesperava... vocês são todas amorosas e tratam-nos tão bem"

Ainda de acordo com as mesmas autoras o cuidado humanizado, imprescindível para o estabelecimento de uma **relação de ajuda** pressupõe que o enfermeiro respeite a fisiologia do parto, sem a realização de condutas invasivas desnecessárias. A valorização dos aspectos culturais e sociais e principalmente a autonomia da mulher são imprescindíveis.

Considero que o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, onde não há receitas nem prescrições, é sentido, vivido, experienciado e partilhado na relação que se estabelece entre a enfermeira e a parturiente.

Sempre que possível, proporcionei à grávida/convivente significativo medidas de conforto e um **ambiente calmo**, procurando assegurar o processo de cuidar "fazer por". Com a progressão do trabalho de parto, o cansaço e as energias vão-se esgotando, a ansiedade muitas vezes aumentada pela dor leva a parturiente a um estado de debilidade e exaustão.

A presença da **permanência do convivente significativo**, actualmente legislada também foi fundamental como factor minimizador da ansiedade, sendo actualmente indiscutível o seu valor. Assim ao "possibilitar" através do incentivo á participação do convivente significativo sempre era essa a decisão da Grávida/casal, privilegiei a experiência de parto singular e vinculativa, tal como verbalizado pelas parturientes (APÊNDICE VII):

"...ainda bem que a minha mãe pode estar comigo"

PORFIRIO et al (2010) referem que uma das práticas desenvolvidas pelas enfermeiras que assistem ao parto hospitalar em contexto de humanização é permitir a presença do convivente significativo. A presença do acompanhante mostrou-se um aspecto importante para a manutenção de uma atmosfera familiar, natural e segura para o decorrer do parto.

Ainda segundo a mesmas autoras as enfermeiras que possibilitam esse direito às parturientes favorecem o sentimento de segurança que é tão significativo para o sucesso do parto.

Na prestação de cuidados especializados **informei e esclareci dúvidas** acerca de todos os procedimentos à grávida/convivente significativo, de modo a "possibilitar", tentando dar autonomia ao casal e obter o consentimento informado.

PORFIRIO et al. (2010) dizem-nos nos seus estudos que são percebidos como comportamentos de respeito situações em que os enfermeiros informam e envolvem a mulher/convivente significativo na tomada de decisão acerca dos assuntos que lhes dizem respeito a si próprios, à família e ao seu filho. Apesar das parturientes, durante o trabalho de parto, necessitarem de cuidados

especializados, elas gostam de ser informadas e envolvidas no processo de tomada de decisão.

Durante a minha prática de cuidados especializados desenvolvi competências específicas no sentido de **conhecer** e identificar o significado da dor bem como as múltiplas emoções que representava de forma a tentar reduzi-la ao máximo, adequando **estratégias**, preferencialmente **não farmacológicas, conjuntas para a minimizar**. De acordo com BENNER (2001) *"a escolha da estratégia apropriada ao bom momento faz parte integrante do domínio da competência da enfermeira"*.

Segundo SWANSON (1991) o enfermeiro deve interpretar formas de sofrimento da mulher e adequar estratégias apropriadas para lidar com ela.

Ao identificar as expectativas e percepção da mulher face aos cuidados prestados para o alívio da dor no momento do trabalho de parto, estou a ir ao encontro da sua satisfação, prestando cuidados de enfermagem especializados, diminuindo desta forma os níveis de ansiedade e consequentemente a tornar a experiência de nascimento num momento agradavelmente único.

PORFIRIO et al.(2010) descrevem as práticas não farmacológicas para alívio da dor desenvolvidas pelas enfermeiras que assistem ao parto hospitalar em contexto de humanização:

- Utilização de banho de emersão.
- Orientação para uma respiração tranquila.
- Importância do toque.
- Possibilitar a liberdade de movimentos.

ALMEIDA et al (2005) nos estudos que fizeram dizem-nos que em relação à intensidade da dor não existem diferenças estatísticas entre grávidas que utilizam ou não a técnica de respiração mas o nível de ansiedade na fase lactente do trabalho de parto foi mais baixa nas grávidas que utilizavam esta técnica.

Sempre que possível e de acordo com a vontade da grávida possibilitei **estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, assente nos processos de Cuidar: possibilitar, manter a crença e fazer por.**

Os métodos não farmacológicos como medida utilizada para alívio da dor e consequentemente como factor que diminui a ansiedade reduzem a percepção dolorosa e são considerados como métodos não invasivos. Estes métodos podem ser utilizados de uma forma combinada ou isolada e, além de proporcionarem alívio da dor podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos, no entanto constatei que as grávidas privilegiavam as técnicas farmacológicas, como se constata pelas unidades de significação:

"...quando for possível quero epidural"

"...mas quando for possível quero epidural."

Sempre que a situação clínica permitia "possibilitei" a liberdade de movimentos "encorajando" as mulheres a **deambular** e **adquirir posições confortáveis**, facultando o uso da **telemetria** para avaliação do bem-estar materno-fetal e o **uso da bola de parto** no sentido de minimizar a dor, facilitar a fisiologia do trabalho de parto e consequentemente diminuir a ansiedade. Foi referido pelas mulheres:

" ...desde que estou na bola de parto tenho mais contracções"

De acordo com BAKER (2010) a **posição vertical** e a **deambulação** melhoram a experiência de parto da mulher e apoiam a fisiologia normal do nascimento. A mesma autora considera necessário incentivar e apoiar as mulheres em explorar as melhores posições para elas durante o trabalho de parto, informar das vantagens a curto e longo prazo para que possam tomar decisões informadas.

PORFIRIO et al (2010) nos estudos efectuados referem que uma das práticas desenvolvidas pelas enfermeiras que assistem ao parto hospitalar em contexto de humanização são **possibilitar** a liberdade de movimentos.

Na fase lactente do trabalho de parto incentivei a grávida a **tomar banho de chuveiro** e incentivei o convivente significativo a fazer **massagem** como estratégia não farmacológica para alívio da dor, situação referida pelas mulheres como benéfica (ANEXO VII);

“...a água do chuveiro aliviou um bocadinho.”

“ O banho de chuveiro foi muito relaxante...”

"...a massagem nas costas sabe tão bem"

Sempre que solicitada e após avaliação da cervicometria, contactei o anestesista e **colaborei na realização da epidural**, como estratégia farmacológica para alívio da dor, explicando todos os procedimentos. Foram notórios os resultados verbalizados pelas grávidas e colhidos através das notas de campo(ANEXO VII);

“...depois daquele inferno de dores...estou no céu...vou dormir um bocadinho”

“...obrigada por tudo...agora posso descansar...”

“ Nunca tinha feito epidural...mas não tem nada a ver”

ILIADU (2009) diz-nos que existe um grande número de fármacos que aliviam a dor durante o trabalho de parto. Apesar do uso frequente da petidina e da epidural é muito importante conhecer os efeitos adversos.

Considero que enquanto prestei cuidados de enfermagem especializados, providenciei cuidados antecipatórios dando informações precisas sobre o trabalho de parto e puerpério no sentido de minimizar a ansiedade e o medo da mulher para que fosse possível promover uma adaptação física e emocional a esta condição de grávida para a futura condição de puérpera, de modo a "manter a crença", conforme descrito nas notas de campo (ANEXO VII):

“...você explica-me as coisas”

“...sabe fiz preparação para o parto...”

LALLY et al (2008) diz-nos nos estudos que efectuou a um grupo de grávidas em que fazem uma descrição em relação à tomada de decisão informada que a experiência vivenciada pelas mulheres é muito diferente das expectativas que tinham, principalmente quando não há uma preparação prévia. Se as mulheres estão bem preparadas durante a gravidez estão mais propensas a ter expectativas realistas sobre o trabalho de parto, menos propensas a sentirem-se fracassadas e a ter um aumento de confiança.

Considero que por tudo o que foi descrito desenvolvi competências que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e o período pós-natal (COMPETÊNCIA Nº 3 e 4 - ANEXO I ,COMPETÊNCIA Nº4 e 5_ ANEXO II).

LIMITAÇÕES DO PERCURSO/ RELATÓRIO

Considero como uma das limitações a este percurso a adaptação do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica a Curso de Mestrado com as indecisões, dúvidas e adaptação de um Curso que inicialmente tinha uma estrutura diferente.

Outra grande dificuldade deve-se à minha inexperiência em fazer uma revisão sistemática da literatura. Apesar dos contributos dados nas aulas teóricas, a passagem à prática foi difícil.

E por ultimo, mas não menos limitativo considero que o cansaço, acumulado ao longo de todo o curso, em particular nesta fase final, a dificuldade de gerir o horário de trabalho com o horário de estágio acrescida a necessidade de tempo para a realização de um relatório com esta complexidade fizeram com que esta última fase fosse extenuante, gerando por vezes alguns sentimentos de insucesso e insatisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Chego ao final deste percurso, e início de um próximo, enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia mantendo a convicção que a maternidade é algo de fascinante e maravilhoso, levando mesmo à reflexão sobre a complexidade da vida humana.

Considero que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica tem os conhecimentos e as competências necessárias para ajudar a grávida/família a emergir as suas forças, competências e dificuldades, as suas áreas de autonomia e aquelas em que terá de ser ajudada e compensada. Para isso tem o dever de ensinar, instruir e orientar para uma parceria na tomada de decisão enquanto interveniente e principal protagonista neste processo.

Assim, chegando ao fim deste trabalho concluo que, para além dos cuidados de enfermagem especializados, a mulher/convivente significativo assumem um papel importante e determinante na redução da ansiedade nesta fase da vida.

A preparação para o parto tem como principal objectivo a preparação de casais para a gravidez, o parto, a maternidade e paternidade, permitindo-lhes vivências em toda a sua plenitude nesta etapa tão importante da vida, para que possam ter um experiência de parto agradável e inesquecível.

A realização do plano de parto surge como uma excelente oportunidade para a mulher/convivente significativo expressar os seus desejos, assumindo-se como principais protagonistas do nascimento do seu filho. Além disso é uma forma que ajuda a conhecer os procedimentos clínicos e a reflectir sobre eles, o que só por si aumenta a confiança, afasta o medo e diminui a ansiedade.

Concluo que toda a educação para a saúde realizada ao individuo promove a sua evolução global, esta tem que ter em conta a sua experiência e os seus

conhecimentos, de forma a desenvolver as suas capacidades de realização pessoal, proporcionando-lhes uma melhor adaptação e acompanhamento, bem como o desenvolvimento das suas aptidões.

O processo de aprendizagem desenvolve-se ao longo de toda a vida, quer pessoal, quer profissional, devendo acompanhar a evolução social bem como as mudanças do meio em que se encontra inserido. Neste contexto considero que a formação, a aprendizagem e a auto-formação são estratégias que se desenvolvem continuamente através da aquisição de novas competências, de capacidades, de atitudes, de comportamentos, quer sociais quer profissionais suportadas na reflexão e experiências vividas.

A prática reflexiva é um processo que se desenvolve a partir da prática profissional tendo subjacente a sua inserção em contexto de trabalho, a aprendizagem e a construção de novos saberes profissionais.

Considero que este estágio foi rico em novas aprendizagens, muito importante para o desenvolvimento de competências tão específicas como são as do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, e desenvolver as competências comuns aos enfermeiros especialistas, permitiu-me mobilizar os conhecimentos adquiridos, responsabilizando-me, tendo em vista a satisfação das necessidades e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como a excelência do cuidar à grávida/parturiente e família, fundamentado no processo de cuidar de Swanson.

O acto de cuidar impõe exigências como dar o meu tempo; dar a minha competência; dar o meu saber; dar a minha capacidade de escuta e compreensão. Em conclusão como diz LAZURE(1994), dar um pouco de si visto que não podemos dissociar a relação de ajuda, das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar.

É minha convicção ter prestado cuidados de Enfermagem Especializados de forma reflectida e fundamentada, tendo por base o Código deontológico da profissão, a evidência científica e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, com vista a promover em quem cuidava mudanças de atitudes capazes de fomentar novos comportamentos, traduzidos em práticas saudáveis de vida e experiências positivas.

Gostaria de terminar concluindo que prestei cuidados de Enfermagem Especializados com vista a aumentar a segurança, autonomia e responsabilidade, intervindo de forma adequada e atendendo à especificidade de cada situação.

Satisfaz-me verificar o reconhecimento do meu trabalho no agradecimento expressado no sorriso daqueles de quem cuidei, sem eles também não teria sido possível este percurso.

Ao finalizar mais esta etapa, verifico que foi uma caminhada árdua, mas que no entanto me possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades importantíssimas para o meu desempenho enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Chegado ao término desta formação sinto que aprendi muitas coisas indispensáveis, mas acredito que tenho um longo caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Leandro S; FREIRE, Teresa (2007) – **Metodologia da Investigação em**

Psicologia e Educação. 4ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições.

ALMEIDA, Nilza; SOUSA, Joaquim; MARIA; BACHION, Márcia; ALMEIDA, SILVEIRA, Nusa (2005) - **Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):52-8 Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

ALMEIDA, Nilza; SOARES, Lucineia; SODRÉ, Rubia; MEDEIROS, Marcelo.(2008)- **A dor do parto na literatura científica da enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(4):1114-23.Acedido a 14 de Abril de 2011 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>.

ASTRID, Nystedt ; HOGBERG,Ulf & LUNDMAN, Berit (2005) - **The negative birth experience of prolonged labour: a case–referent study** Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 14, 579–586. Acedido a 14 de Abril de 2011.Available from: CINAHL Plus with Full Text.

BAKER, Karen (2010)-**Midwives should support women to mobilize during labour**. British Journal of Midwifery • August 2010 • Vol 18, No 8. Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

BARROS, S.M.O (2006)- **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. Editora Manole Ltd.

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de conteúdo**. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2;

BENNER, Patrícia (1994) - **Interpretative phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness**. Londres: Sage Publications.

BENNER, Patricia ;WRUBEL,Judith (1989) – **The primacy of caring ; Stress and illness**.Ney Work.

BENNER, Patricia (2001) - **De iniciado a perito**.Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972 8535 97 X.

BENZECRY, Roberto; CERRUTY, Francisco (1991)_ **Apresentação psicossomática para o parto.** In: RESENDE, Jorge – Obstetrícia. 6ª edição. Rio de Janeiro:Guanabara Koojan, p.270-276.

BOBAK, I.M.Lawdermilk, D.L.Jensen,M.D(1999).- **Enfermagem na maternidade.**4ª Edição. Lusociência.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K.(2006) – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2;

BURROUGHS, A. (1995) - **Uma introdução à Enfermagem Materna.** 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CANAVARRO, M.C.(2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade.** 2ª Edição. Quarteto.

CARDOSO, Lúcia - **Aleitamento Materno - Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica.** [em linha] Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2006. Dissertação de Mestrado. Acedido em 2011/16/01. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6680/1/L%c3%addiaCardoso%20-%20Vers%c3%a3o%20Final.pdf>;

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela – **Metodologia da investigação.** Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 972-674-231-5

CARVALHO, António; ABREU, Milary - **Cuidar: Uma reflexão.** Revista servir. Vol.42,nº5 (1994), p.238-242.

CHANG, Mei- Yueh ; CHEN, Chung-Hey HUANG, Kuo-Feng (2006)- **A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. TAIWAN.** Journal of Nursing Research Vol. 14, No. 3, 2006. Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Artur D. (1994) .- **Gravidez - A Experiência psicológica.** Lisboa. Colibri.

CORDEIRO, Alexander M. [et al] – **Revisão sistemática: uma revisão narrativa.**

In: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** [em linha]. Rio de Janeiro. ISSN

Acedido a 14 de Abril de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>

DAMÁSIO, António (2000); **O Sentimento em si, o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. 11^a ed. Lisboa: Publicações Europa-América.
DAVIM, Rejane; TORRES, Gilson; DANTAS, Janmilli; MELO, Eva, PAIVA, Cecilia; VIEIRA, Danielle ; COSTA, Isabele (2008) - **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):600-9. Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

DUNN, Linda; DSN, RN, HANDLEY, Marilyn; SHELTON, Marvin (2007) - **SPIRITUAL WELL-BEING, ANXIETY, AND DEPRESSION IN ANTEPARTALWOMEN ON BEDREST. USA**. ISSN: 0161-2840 print / 1096-4673 online Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) - **Guia Orientador do Ensino Clínico I, II, III – Ano Lectivo 2009/2010**. Lisboa: ESEL.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) - **Norma de Elaboração do Relatório do Ensino Clínico I, II, III – Ano Lectivo 2009/2010**. Lisboa: ESEL. 2010;

FAVARO, Marina; Rodrigo (2008) - **AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MÃES DE BEBÊS PREMATUROS E MÃES DE BEBÊS A TERMO. BRASIL** Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) - **O processo de investigação - da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; TREVIZAN, Maria A. – **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. [s.l.] ISSN 0104-1169. Vol. 12, nº3 (2004) Pp. 549-556. Acedido a 14 de Abril de 2011.

Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

GARRET, H.(1995) - **Grandes experimentos de psicologia**. 3ªedição. São Paulo: Editora Nacional.

GRAZIANI, P.(2005) – **Ansiedade e perturbações da ansiedade**. Lisboa, Climepsi editores.

HESBEEN, Walter (2000) - **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**.Loures:Lusociência. ISBN:972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do cuidar**. Loures: Tradução e Revisões: Maria Manuela Martins Lusociência.

HOLMES, David S.(1997) - **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ªedição. Porto Alegre:Artes médicas.

ILIADOU, Maria (2009) - **Labour pain and pharmacological pain relief practice points** E-ISSN:1791-809X. Acedido a 14de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

LALLY, Joanne; MURTAGH, Madeleine, MACPHAIL ,Sheila;THOMSON, Richard (2008) - **More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour**. Acedido a 14 de Abril 2011. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7>.

LAZURE, Hélène (1994) - **Viver a relação de ajuda**. Lisboa, Lusodidacta.

LEININGER, Madeleine (1985) – **Qualitative Research Methods in Nursing** – London: Grune & Statton.

MALDONADO; M.T.(1997) – **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. Editora Saraiva.

MÁRTIRES, Maria Alice (2003) - **Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem**. Nursing. Lisboa: Volume nº 182.

O'REILLY,Barry; BOTTOMLEY,Cecilia; RYMER, Janice (2008) - **Livro de bolso de Ginecologia e obstetria** - Lusodidacta. ISBN:978-989-8075-06-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - **Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências comuns enfermeiros especialistas.**

PETERSON, G. (1996) - **Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation childbirth on women's self-esteem and family relationships.** Pre and perinatal Psychology journal, 11, 101-109.

PORFIRIO, Aline; PROGIANTI, Jane; SOUZA, Danielle (2010) - **As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência do parto hospitalar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):331-6. Acedido a 14 de Abril de 2011 Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>

RAMALHO, Anabela (2010) - **A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital.** Pensar Enfermagem Vol. 14 N.º 1 1º Semestre de 2010. Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

RODRIGUES, Dafne ; SILVA, Raimunda ; FERNANDES, Ana (2006) - **Interactive action nurse-client in the obstetric attendance.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 abr/jun; 14(2):232-8.

Acedido a 14 de Abril de 2011. Available from: CINAHL Plus with Full Text

SPRADLEY, James P. (1980) - **Participant Observation.** London: Wadsworth Pub Co. ISBN 978-0-0304-450-19;

WATSON, Jean (1997) – **Nursing: the philosophy and science of caring** – Boulder: Colorado Associated University Press, cop., 1985 Editora Saraiva.

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem** – Loures: Lusociência.

SOIFER, Raquel (1992) – **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Porto Alegre: Artes Médicas.

SWANSON, Kristen M.(1991) – **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar**. Trad. de Alice dos Martires.

VAZ SERRA, Adriano S.(1980) – **O que é a ansiedade** - “Psiquiatria Clínica”. Coimbra.

VIEIRA, Margarida - **Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência**. 2ªed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN 978 972 54 8383 33 6.

VELLAY, Pierre (1995) – **A vida sexual de mulher – o método psicoprofilático do parto sem dor**. 7ª Edição. Lisboa: Editorial Estampa.

ANEXOS

Anexo I- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Materna, obstétrica e Ginecológica.

Anexo II- International Confederation of Midwives (ICM)

Anexo III- Avaliação do estágio Ensino Clínico IV

APÊNDICES

Apêndice I- Projecto EC IV

Apêndice II-1º Diário de aprendizagem

Apêndice III-2º Diário de aprendizagem

Apêndice IV- 3º Diário de aprendizagem

Apêndice V- Norma de procedimento - Triagem da grávida no primeiro estágio do trabalho de parto.

Apêndice VI- Quadro estudos revisão sistemática da literatura

Apêndice VII- Notas de campo

Apêndice VIII- Quadros da categorização da análise de conteúdo